

بررسی ارتباط عوامل قبل، حین و بعد از تولد با اختلالات تیک در مراجعین به کلینیک بهداشت روان کودکان اصفهان، ۷۵-۱۳۷۴

دکتر سرور آرمان^{*}، فاطمه گنجی^{**}

چکیده:

پژوهش در زمینه عوامل مرتبط با اختلالات تیک در کودکان، ما را در شناخت بهتر عوامل در جهت پیشگیری و بهداشت روان کودکان راهنمایی می‌کند. بدین منظور مطالعه‌ای تحلیلی از نوع مورد شاهد و گذشته نگر با هدف تعیین ارتباط عوامل قبل، حین و بعد از تولد با اختلالات تیک در کودکان انجام شده است. کلیه بیماران مبتلا به تیک مراجعه کننده به کلینیک روانپزشکی کودکان در فاصله زمانی یکسال یعنی ۲۶ نفر به عنوان گروه مورد و ۷۸ نفر از کودکان همگون از لحاظ سن، جنس، محل سکونت بیماران، به روش نمونه گیری آسان به عنوان گروه شاهد (بدون سابقه علائم تیک) انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه و پرونده کلینیکی بیماران بوده و داده‌ها به روش مشاهده و مصاحبه با مادران واحدهای مورد پژوهش جمع‌آوری شده است. از روشهای آماری توصیفی - تحلیلی جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شده است. نتایج پژوهش نشان داد که بین سن مادر هنگام بارداری، تعداد زایمان، شدت استرس ناشی از وقایع زندگی مادر، افزایش فشار خون و شدت تهوع - استفراغ مادر طی بارداری (عوامل قبل از تولد)، استفاده از فورسپس / واکيوم طی زایمان مادر (از عوامل حین تولد)، ارشد بودن کودک، سابقه ضربه به سر، وقایع استرس‌زای زندگی کودک و اختلال روانپزشکی مادر (عوامل بعد از تولد و سابقه فامیلی تیک) با اختلال تیک رابطه معنی‌دار وجود دارد ($P < 0.05$). در مورد دیگر عوامل مطالعه شده (سابقه سقط قبلی، فاصله تولد، سابقه رادیوگرافی مادر و مصرف دخانیات، مصرف دارو طی بارداری، تعداد عوارض بارداری، کم‌خونی و خونریزی واژینال حین بارداری، وزن بدو تولد کودک) با اختلالات تیک ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده نشده است.

واژه‌های کلیدی: اختلالات تیک، کودک، نوجوان

مقدمه:

ویژه‌ای برخوردار است. بیماریهای روانی کودکان و مشکلات رشد روانی اجتماعی آنها یکی از معضلات جامعه بشری است که خدمات فعلی پاسخگوی آنها نیست (۱).

اختلالات تیک از جمله اختلالات روانپزشکی در کودکان است. تیک‌ها عبارت‌اند از یک سری حرکات یا

کودکان و نوجوانان قشر عمده‌ای از جمعیت جهان را تشکیل می‌دهند. در کشورهای در حال توسعه سهم این قشر از کل جمعیت تقریباً به ۵۰ درصد می‌رسد (۳). تأمین سلامت باید از مهم‌ترین وظایف هر ملتی و اصلی‌ترین برنامه‌های هر دولتی باشد (۴). در همین رابطه توجه به مسایل بهداشت روان کودکان از اولویت

^{*} استادیار گروه روانپزشکی - دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

^{**} کارشناس ارشد روانپرستاری - دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

روی کودکان در سن مدرسه، ۲۴-۱۲ درصد آنها سابقه نوعی تیک را داشته‌اند (۱۷). مبتلایان به اختلالات تیک با مشکلاتی در زمینه اعتماد به نفس، زندگی خانوادگی، پذیرش اجتماعی و عملکرد تحصیلی مواجه می‌شوند که مستقیماً در ارتباط با وجود تیکهای حرکتی و صوتی است (۸). به علاوه بیمار مبتلا به نوع شدید تورت ممکن است مسایل هیجانی جدی از قبیل افسردگی و یا تفکر خودکشی پیدا کند (۱۱). با توجه به موارد ذکر شده، شناخت عواملی که در ایجاد و تشدید بیماری مؤثرند، ما را در نحوه پیشگیری و درمان بیماری راهنمایی می‌کند.

در رابطه با اختلالات تیک و عوامل مرتبط با آن، در ایران پژوهشی انجام نشده است. مروری بر مطالعات انجام شده در دیگر نقاط جهان، نشان دهنده محدود بودن پژوهش‌های انجام شده در رابطه با اختلالات تیک، خصوصاً عوامل غیر ژنتیک مرتبط با اختلال است. در ارتباط با عوامل اصلی به وجود آورنده اختلال تیک ابهام وجود دارد (۱۶) و اطلاعات محدودی در این زمینه در دسترس است. نتایج برخی مطالعات به نقش عوامل ژنتیکی و غیر ژنتیکی در بروز اختلال تیک اشاره می‌کند (۱۷).

بر طبق نظر هاید (Hyde) و همکاران (۱۹۹۲)، محیط نامناسب قبل و حین تولد، از جمله عوامل محیطی مداخله کننده در بروز سندرم تورت در افراد با استعداد ژنتیکی می‌باشد (۹). لاکمن (Leckman) و همکاران در مطالعه‌ای تحت عنوان "بررسی ارتباط بین عوامل پری‌ناتال با تظاهر سندرم تورت" به دنبال یافتن بهترین الگوی پیشگیری کننده شدت تیک کودکان مبتلا به سندرم تورت، از میان عوامل مختلف پری‌ناتال از جمله: عوارض و مشکلات طی حاملگی و زایمان، تهوع - استفراغ مادر طی بارداری، استرس ناشی از وقایع زندگی مادر طی بارداری و همچنین جنس کودک بوده است. محققین به این نتیجه رسیدند که در میان

صداها غیر ارادی، ناگهانی، سریع، تکرار شونده، ناموزون و کلیشه‌ای. اختلالات تیک در DSM IV (Diagnostic and statistical manual of mental disorder) مشتمل بر اختلال تیک گذرا، اختلال تیک مزمن، اختلال تورت و اختلال تیک نامتمايز است. ملاک‌های تشخیصی اختلال تورت عبارت است از:

- تیک‌های متعدد حرکتی و صوتی، زمانی در طول بیماری، امانه لزوماً همزمان به مدت بیشتر از یکسال روی می‌دهد که ضمن آن فواصل بدون تیک بیش از سه ماه متوالی وجود نداشته باشد و سن شروع قبل از ۱۸ سالگی می‌باشد. اختلال ناشی از تأثیر فیزیولوژیک مستقیم یک ماده (مثل محرک‌ها) و یا یک اختلال طبی (مثل بیماری هانتینگتون و یا انسفالیت پس از عفونت ویروسی) نمی‌باشد.

ملاک‌های تشخیصی اختلال تیک حرکتی یا صوتی مزمن عبارت‌اند از:

- تیک‌های صوتی یا حرکتی واحد یا متعدد، اما نه هر دو با هم، در طول دوره‌ای متجاوز از یکسال که ضمن این دوره، فواصل بدون تیک بیش از سه ماه متوالی وجود نداشته باشد. این اختلال باعث ناراحتی بارز یا تخریب قابل ملاحظه در عملکرد اجتماعی، شغلی می‌گردد. شروع این اختلال قبل از ۱۸ سالگی می‌باشد و ناشی از علل دارویی یا طبی نمی‌باشد.

ملاک‌های تشخیصی اختلال تیک گذرا عبارت‌اند از:

- تیک‌های صوتی و یا حرکتی واحد یا متعدد، حداقل به مدت چهار هفته اما نه بیشتر از ۱۲ ماه روی می‌دهند و باعث ناراحتی فرد و یا اختلال عملکرد او نمی‌شود. شروع این اختلال قبل از ۱۸ سالگی است و ناشی از علل دارویی یا طبی نمی‌باشد.

- اختلال تیک نامتمايز، ملاک‌های اختلالات تیک خاص را در بر نمی‌گیرد.

رفتارهای تیک از جمله رفتارهای معمول در بین کودکان می‌باشد (۷). بر اساس مطالعات انجام شده بر

متغیرهای مورد ارزیابی، جنس کودک، شدت استرس ناشی از وقایع زندگی، شدت تهوع و استفراغ مادر طی بارداری، بهترین الگوهای پیشگویی کننده شدت تیک بوده‌اند (۱۲).

این مطالعه با هدف تعیین ارتباط عوامل قبل، حین و بعد از تولد با اختلالات تیک انجام گرفته است.

مواد و روشها:

پژوهش موجود به روش تحلیلی از نوع مورد - شاهد و گذشته‌نگر بوده که در آن عوامل قبل، حین و بعد تولد در دو گروه مذکور مورد مقایسه قرار گرفته است. گروه مورد را کلیه بیماران مبتلا به اختلال تیک مراجعه کننده به مرکز بهداشت روان کودکان و نوجوانان اصفهان واجد شرایط تحقیق در طی سال ۷۵-۷۴ تشکیل می‌دهند ($n=26$) و گروه شاهد به روش نمونه‌گیری آسان و به صورت تصادفی بر اساس جنس، سن و محل سکونت گروه مورد انتخاب شدند ($n=78$). معیارهای ورود به تحقیق عبارت بودند از:

- ۱- کودکان با حداقل یک مراجعه و تشخیص قطعی اختلال تیک
- ۲- در دسترس بودن مادر جهت دادن اطلاعات، و تولد در بیمارستان

معیارهای عدم پذیرش شامل عقب ماندگی ذهنی و یا وجود تیک در گروه شاهد می‌باشد. گردآوری داده‌ها در این پژوهش از طریق پرسشنامه، پرونده کلینیکی بیماران و مصاحبه و مشاهده انجام گرفته است. پرسشنامه مشتمل بر ۲۵ سؤال و در دو قسمت توسط پژوهشگر و بر اساس مطالعات کتابخانه‌ای تهیه و تنظیم گردیده است. در قسمت اول پرسشنامه ۴ سؤال در خصوص متغیرهایی مانند جنس، سن، سن شروع علائم تیک و سابقه خانوادگی می‌باشد. قسمت دوم پرسشنامه شامل متغیرهای مورد بررسی در پژوهش بود و جمعاً ۲۱ سؤال می‌باشد، و شامل سه بخش است: بخش اول

شامل ۱۳ سؤال در خصوص عوامل قبل از تولد و به صورت باز و بسته مطرح گردیده است.

عوارض حاملگی مادر در جدول با ۶ گزینه و شدت تهوع و استفراغ نیز به صورت چهار گزینه تنظیم گردیده است. جهت تعیین شدت استرس ناشی از وقایع زندگی مادر نیز از چک لیست هولمز-راهه استفاده شده است (۱۱). بخش دوم مربوط به عوامل حین تولد می‌باشد. عوارض زایمانی در قالب جدولی با ۱۲ گزینه تنظیم گردیده است. بخش سوم مربوط به عوامل بعد از تولد در بیماران می‌باشد. ابتلاء به بیماری و مصرف داروهای روانپزشکی در قالب جدولی با ۱۱ گزینه تنظیم شد.

جهت جمع آوری داده‌ها در زمینه وقایع استرس‌زای زندگی کودک در قالب جدولی با ۲۳ گزینه مطرح شد (مقیاس کودینگتون Coddington) و برای بدست آوردن اعتبار علمی ابزار گردآوری داده‌ها از روش اعتبار محتوی استفاده شده است. پرسشنامه‌ها توسط اساتید بررسی و پیشنهادات و تغییرات لازم به عمل آمد.

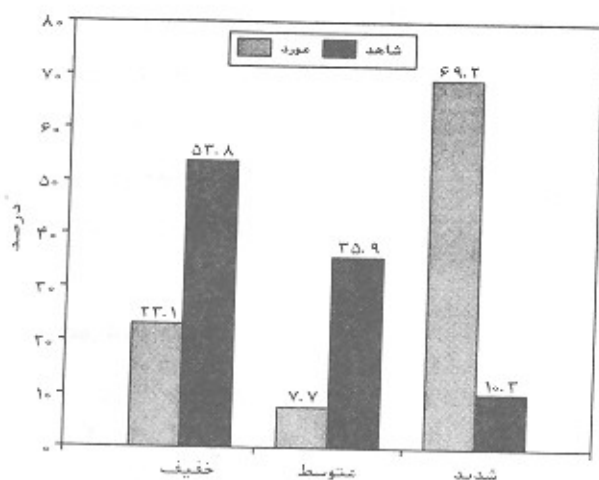
به منظور بررسی پایایی و یا هماهنگی درونی (همگنی) پرسشنامه مربوط به جدول وقایع استرس‌زای زندگی کودک از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که میزان آن ۰/۵۹ بوده است.

برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و جهت ارتباط بین متغیرها از آزمونهای آماری "مجذور کای"، اختلاف نسبت فیشر و T-Student با حداکثر خطای ۰/۰۵ و با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS استفاده شده است.

نتایج:

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که ۷۳ درصد بیماران را پسر و ۲۷ درصد آنها را دختر تشکیل می‌دهد. میانگین سن افراد هنگام مصاحبه $2/9 \pm 11/6$ و میانگین سن شروع علائم تیک در افراد مذکور $2/7 \pm 8/6$ سال بوده است.

سابقه خانوادگی مثبت از نظر اختلال تیک در گروه

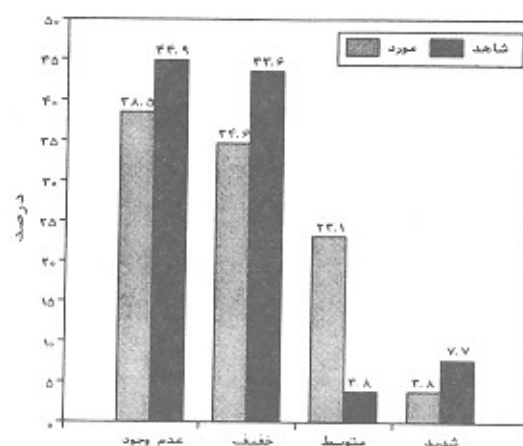


نمودار شماره ۲: توزیع فراوانی شدت استرس ناشی از وقایع زندگی مادران واحدهای مورد پژوهش در دو گروه مورد و شاهد

هنگام بارداری و تعداد زایمان قبلی (۱-۵) و آزمون "مجذوركای" تفاوت معنی داری را بین دو گروه مورد و شاهد نشان داده است ($P < 0.05$).

۱-۲- در رابطه با عوارض حاملگی مادر که شامل افزایش فشار خون، پراکلامپسی، دیابت، کم خونی، خونریزی واژینال می باشد تنها در مورد افزایش فشار خون مادر طی بارداری بین دو گروه تفاوت معنی داری وجود داشت ($P < 0.05$). در گروه مورد ۱۵/۴ درصد مادران و در گروه شاهد ۳/۸۷ درصد مادران فشار خون بالا را طی بارداری تجربه نموده اند.

۱-۳- در رابطه با داشتن تهوع و استفراغ در طی بارداری به ترتیب در گروه مورد ۶۱/۵ و در گروه شاهد ۵۵/۱ درصد مادران آنرا تجربه کرده اند. در مورد شدت تهوع، استفراغ مادران طی بارداری نیز نتایج (آزمون کای دو)، تفاوت آماری معنی داری را بین دو گروه نشان داد

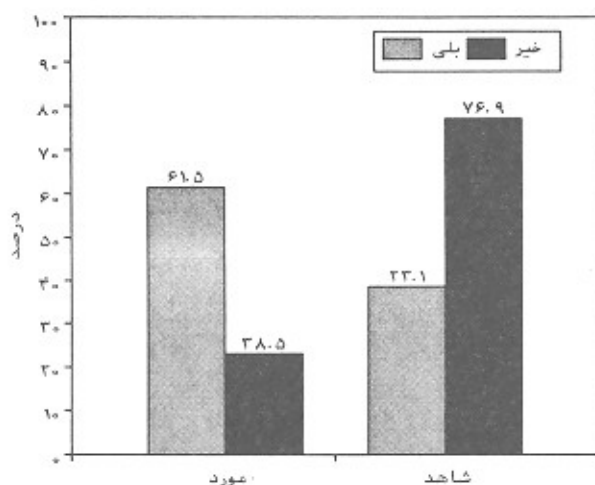


نمودار شماره ۱: توزیع فراوانی شدت تهوع - استفراغ طی بارداری مادران واحدهای مورد پژوهش در دو گروه مورد و شاهد

مورد و شاهد به ترتیب ۴۶/۲ و ۲۴/۴ درصد بوده و آزمون "کای دو" نیز تفاوت معنی داری را بر اساس سابقه خانوادگی تیک نشان می دهد ($P < 0.05$).

۱- عوامل قبل از تولد: عوامل بررسی شده شامل سن مادر هنگام بارداری، تعداد زایمان، سابقه سقط قبلی، فاصله تولد، سابقه رادیوگرافی، مصرف دخانیات و دارو توسط مادر طی بارداری، عوارض حاملگی مادر، تهوع- استفراغ مادر طی بارداری و استرس ناشی از وقایع زندگی مادر بوده است.

۱-۱- در بررسی سن مادر هنگام بارداری و تعداد زایمان مشخص شد که به ترتیب ۵۳/۸ و ۴۲/۳ درصد مادران در گروه مورد دارای سن کمتر از ۲۰ سال به هنگام بارداری و تعداد زایمان قبلی صفر بوده اند (گروه پر خطر)، در حالی که در گروه شاهد اکثریت مادران در گروه کم خطر قرار داشته اند (سن ۲۰-۳۵ سال به



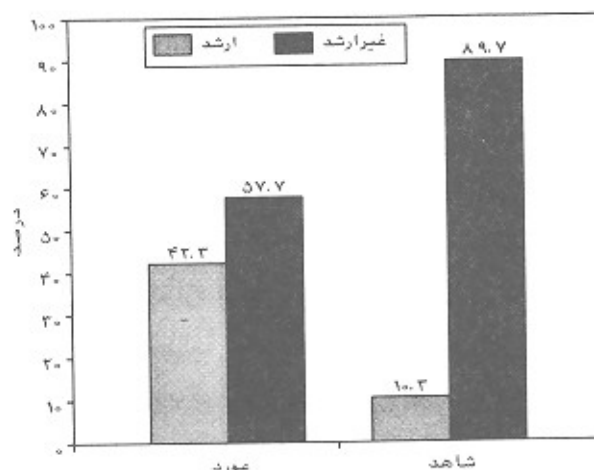
نمودار شماره ۴: توزیع فراوانی سابقه اختلال روانپزشکی مادران واحدهای مورد پژوهش در دو گروه مورد و شاهد

معنی دار بین دو گروه مشاهده شده است ($P < 0.05$) به طوری که در گروه مورد و شاهد به ترتیب ۱۵/۴ و ۱/۳ درصد افراد با کمک فورسپس / واکيوم متولد شده‌اند و زایمان با فورسپس / واکيوم در گروه مورد بیشتر بود.

۳- عوامل بعد از تولد: عوامل بررسی شده شامل وزن هنگام تولد، رتبه کودک در خانواده، ابتلاء قبلی کودک به بیماری و مشکل، مصرف داروهای روانپزشکی، وقایع استرس‌زای زندگی در کودک و اختلال روانپزشکی مادر بوده است.

۳-۱- یافته‌ها در مورد رتبه کودک در خانواده نشان داد که در گروه مورد ۴۲/۳ درصد و در گروه شاهد ۱۰/۱۳ درصد آنها فرزند ارشد خانواده بوده‌اند و آزمون آماری نیز تفاوت معنی‌داری نشان داده است ($P < 0.01$) (نمودار شماره ۳).

۳-۲- در رابطه با ابتلاء قبلی کودک به بیماری و مشکل



نمودار شماره ۳: توزیع فراوانی رتبه کودک در خانواده در دو گروه مورد و شاهد

($P < 0.05$) (نمودار شماره ۱).

۴-۱- در رابطه با استرس ناشی از وقایع زندگی مادر، اکثریت مادران گروه مورد در مقایسه با گروه شاهد شدت بیشتری از استرس را طی دو سال قبل از تولد فرزند خود تجربه نموده‌اند که آن نیز بر اساس آزمون "مجدورکای" معنی‌دار است ($P < 0.01$) (نمودار شماره ۲).

۲- عوامل حین تولد: عوامل بررسی شده شامل زایمان زودرس، زایمان دیررس، زایمان با آمپول فشار، سزارین، زایمان با فورسپس یا واکيوم، مشکلات بند ناف، کندی ضربان قلب جنین، تأخیر در شروع تنفس، کبودی نوزاد، چند قلویی، زایمان و طولانی، نمایش غیر عادی بوده است. یافته‌ها تفاوت آماری معنی‌داری را بین دو گروه بر اساس میانگین تعداد عوارض زایمانی نشان نمی‌دهد ($P > 0.05$) ولی در رابطه با نوع عوارض، تنها در رابطه با زایمان مادر با کمک فورسپس / واکيوم، تفاوت آماری

الگوهای رفتاری و نوع بازیها در معرض ترومای بیشتر به سر هستند. احتمالاً استعداد ژنتیکی همراه با عوامل محیطی مانند ضربه، توأماً باعث افزایش اختلال تیک در پسرهای می‌گردد.

در زمینه اختلالات تیک و عوامل مرتبط با آن، پژوهشهای محدودی صورت گرفته است که نتایج آنها در برخی موارد با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین افزایش فشار خون، شدت استرس ناشی از وقایع زندگی و شدت تهوع-استفراغ مادر طی بارداری با اختلال تیک در کودک ارتباط آماری معنی‌داری وجود دارد. لاکمن و همکاران (۱۹۸۹) پژوهشی در مورد عوامل پیش از تولد مرتبط با علائم تیک بر روی بیماران مبتلا به سندرم تورت انجام دادند و عواملی از قبیل عوارض و مشکلات طبی حاملگی، مشکلات زایمان، استرس ناشی از وقایع زندگی مادر، تهوع، استفراغ مادر طی بارداری و جنس کودک را مورد بررسی قرار داده‌اند. نتایج این مطالعه نشان داد که بین شدت استرس ناشی از وقایع زندگی مادر، شدت تهوع، استفراغ مادر طی بارداری با شدت علائم تیک بیماران رابطه آماری معنی‌داری وجود دارد. در حالی که بین تعداد عوارض پیش از تولد با شدت علائم تیک رابطه معنی‌دار مشاهده نشده است. پژوهشگران یادآوری کردند مادرانی که سطح شدید عوارض و استرس را طی ماههای اول حاملگی تجربه نموده‌اند حاملگی‌شان با افزایش فشار خون و دیگر علائم مسمومیت حاملگی (پراکلامپسی) طی سه ماهه سوم حاملگی مشکل‌دار شده است (۱۲).

در همین رابطه می‌توان گفت خطر اصلی افزایش فشار خون، متوجه جنین است (۵)، و مهم‌ترین عامل تهدیدکننده جنین، ایجاد تغییر در جریان خون رحمی - جفتی است (۲). همچنین برخی پژوهشگران به نقش تهوع - استفراغ و استرس ناشی از وقایع زندگی مادر طی بارداری و اثر بالقوه آنان بر روی سیستم

(کره سیدنهام، سرخک، سرخچه، اوریون، آبله مرغان، تب خال عودکننده، تشنج ناشی از تب، مسمومیت با منواکسید کربن، ضربه به سر و زردی) نتایج آزمونهای آماری تنها در رابطه با سابقه ضربه به سر تفاوت معنی‌داری را بین دو گروه مورد و شاهد نشان داده است به طوری که در گروه مورد ۶۱/۵ و شاهد ۳۸/۵ درصد آنها دارای سابقه ضربه به سر بوده‌اند.

۳-۳- از نظر وقایع زندگی، در گروه مورد تعداد وقایع زندگی از بدو تولد تا زمان شروع علائم تیک بیشتر بوده و آزمون آماری نیز تفاوت معنی‌داری را بین دو گروه بر اساس میانگین تعداد وقایع نشان داده است ($P < 0.05$).

۳-۴- اختلال روانپزشکی مادران: در گروه مورد، مادرانی که سابقه اختلال روانپزشکی داشته‌اند در مقایسه با گروه شاهد بیشتر بوده‌اند (۶۱/۵ درصد در گروه مورد و ۲۳/۱ درصد در گروه شاهد) و آزمون آماری نیز تفاوت معنی‌داری نشان داده است ($P < 0.05$) (نمودار شماره ۴).

بحث:

نتایج پژوهش نشان داد که توزیع فراوانی بیماران بر اساس جنس نامساوی است به طوری که ۷۳٪ بیماران را پسران و ۲۷٪ آنها را دختران تشکیل داده‌اند (نسبت سه به یک). به نظر لاکمن با وجودی که پسرهای بیش از دخترها به رفتارهای تیک مبتلا می‌شوند، در اکثر بررسی‌ها نسبت ابتلاء پسرها به دخترها کمتر از ۲ به ۱ گزارش شده است (۸). به نظر می‌رسد که پسرهای نسبت به دخترها از نظر زیستی آسیب‌پذیرتر باشند، مرگ و میر جنین‌های مذکر بیشتر از جنین‌های مؤنث است (۸) به علاوه ابتلاء پسرها به بیماریهایی از قبیل اختلالات رشد، تشنج و سایر اختلالات روانپزشکی بیشتر می‌باشد که دلیل آن نامشخص است. به علاوه پسرها به علت

منوآمیزیک (دخیل در پاتوفیزیولوژی اختلالات تیک) مغز در حال تکامل جنین، اشاره می‌کنند (۱۲). نتایج مطالعه فراید و وین‌استوک (Fride & Wienstock) نیز در سال ۱۹۸۸، افزایش فعالیت دوپامین را در کورتکس پره فرونتال و کاهش آنرا در دیگر نواحی مغز موشهایی که در رحم مادر در معرض استرس‌های پیش از تولد قرار گرفته‌اند نشان می‌دهد (۶).

نتایج مطالعه‌ای که توسط سانتانزیلو (Santangelo) و همکاران در سال ۱۹۹۴ بر روی دختران و پسران مبتلا به اختلال تورت صورت گرفت نشان داد که از میان عوارض زایمانی، تعداد پسران متولد شده با کمک فورسپس تقریباً پنج برابر دختران بوده است (۱۵). در مطالعه حاضر نیز درصد بیماران متولد شده با کمک فورسپس یا واکيوم در مقایسه با گروه شاهد بیشتر بوده است. پژوهشگران بیان می‌کنند که آسیب مغزی پیش از تولد از جمله عوامل دخیل در سبب شناسی اختلال تورت در برخی پسران می‌باشد (۱۵).

در مورد عوامل بعد از تولد (به جز وزن هنگام تولد) در رابطه با اختلالات تیک پژوهشی انجام نشده است. در این زمینه، نتایج این پژوهش، ارتباط معنی‌داری را بین وزن هنگام تولد و اختلال تیک در کودک نشان نداد.

هاید (Hyde) و همکاران در سال ۱۹۹۲ نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که بین وزن هنگام تولد و اختلال تیک رابطه معنی‌دار وجود ندارد (۹).

پژوهش بر روی جمعیت عمومی و داشتن دامنه وسیع از مقادیر وزن هنگام تولد در هر دو مطالعه، می‌تواند دلیل احتمالی هماهنگی نتایج باشد. همچنین نتایج پژوهش نشان داد که بین اختلال روانپزشکی مادر، ارشد بودن کودک، سابقه ضربه به سر و وقایع استرس‌زای زندگی کودک با اختلال تیک رابطه معنی‌داری وجود دارد. در همین رابطه بیان شده است که فرزند اول خانواده (خصوصاً اگر پسر باشد) مستعد مسائل روانپزشکی است. صرف وقت کمتر برای فرزند

اول با به دنیا آمدن فرزندان بعدی و همچنین بی‌تجربگی والدین در رابطه با او (۱۴)، از یک سو و آسیب‌پذیری بیشتر فرزند ارشد در رابطه با اختلالات هیجانی و عاطفی (۱۰)، از سوی دیگر می‌تواند احتمالاً توضیحی برای وجود رابطه فوق باشد. ضمناً در بررسیهای پاراکلینیکی برخی از بیماران مبتلا به تورت، نوار مغز (با تغییرات غیر اختصاصی) و سی‌تی‌اسکن غیرطبیعی مشاهده می‌شود که می‌تواند ناشی از میکروتروماها به مغز باشد (۱۶).

در رابطه با وقایع استرس‌زای زندگی کودک، لاکمن (۱۹۹۰) بیان می‌کند که استرس‌های بعد از تولد ممکن است از جمله عوامل مساعده کننده بروز تیک در افراد مستعد از لحاظ ژنتیکی باشند (۱۳). گودیر و همکاران بیان می‌کنند که وقایعی که طی دوازده ماه قبل از شروع علائم اختلال روانپزشکی تجربه می‌شوند، به طور معنی‌دار با اختلالات کردار و اختلالات عاطفی کودکان در ارتباطند (۵).

در رابطه با اختلال روانپزشکی والدین (مادر) می‌توان گفت که بیماری روانی والدین از جمله عواملی است که کودک را در معرض خطر بالایی از اختلال روانپزشکی قرار می‌دهد (۸). این امکان وجود دارد که اختلال روانپزشکی والدین، از طریق تقویت اضطراب در کودک با بروز تیک در ارتباط باشد (۸)، و از آنجایی که کودکان خصوصاً زیر ۷ سال، بیشتر اوقات خود را در خانه و با مادر صرف می‌کنند، نقش مادر در تولید اضطراب و یا ایجاد آرامش در محیط خانواده مشخص می‌شود.

در کل با توجه به وجود زمینه ژنتیکی در هر دو گروه (بر اساس نتایج به دست آمده) ارتباط معنی‌دار بین عوامل غیر ژنتیکی مورد مطالعه با اختلال تیک تقویت می‌شود.

بر اساس نتایج به دست آمده در هر دو گروه مورد و شاهد به ترتیب ۴۶/۲ و ۲۴/۴ درصد سابقه خانوادگی

تروماهای وارد به سر کودک و چگونگی پیشگیری از آن، (برای مثال تأمین فضای ایمن جهت بازی کودکان، رعایت مقررات رانندگی از قبیل برقراری سرعت‌های محدود در جاده‌ها، استفاده از صندلی اتومبیل کودکان، ممنوعیت قرار دادن کودکان در صندلی جلو اتومبیل)، شناسایی کودکان در معرض استرس و انجام مداخلات مناسب در این زمینه لازم می‌باشد. انجام مطالعات آینده‌نگر در این زمینه در جهت کنترل عوامل مربوطه پیشنهاد می‌شود.

با توجه به گذشته نگر بودن پژوهش و وجود محدودیت‌هایی (از جمله کسب اطلاعات از مادران، یادآوری اطلاعات مربوط به زمان گذشته بودن مبتنی بر حافظه مادران، ویژگی‌های روانی-عاطفی مادران در هنگام پاسخ دهی به سؤالات، عدم تخمین دقیق سن شروع علائم تیک) جهت رفع این محدودیت‌ها، پژوهشگر انجام مطالعات آینده نگر در این زمینه به منظور کنترل عوامل مربوطه را پیشنهاد می‌کند.

تشکر و قدردانی:

با تشکر و سپاس از زحمات آقای محمود نصیری کارشناس ارشد روانپرستاری و آقای مهندس اکبر حسن زاده عضو هیأت علمی دانشکده بهداشت، که در تدوین این مقاله ما را یاری نمودند.

مثبت و زمینه ژنتیک وجود دارد. در این مطالعه ارتباط معنی دار عوامل غیر ژنتیکی مرتبط با اختلال تیک مانند سن مادر هنگام بارداری، تعداد زایمان، شدت استرس ناشی از وقایع زندگی مادر، افزایش فشار خون و شدت تهوع - استفراغ مادر طی بارداری (عوامل قبل از تولد)، استفاده از فورسپس / واکيوم طی زایمان مادر (از عوامل حین تولد)، ارشد بودن کودک، سابقه ضربه به سر، وقایع استرس زای کودک و اختلال روانپزشکی مادر (عوامل بعد از تولد) تقویت می‌شود.

پیشنهادهات:

توجه به سلامت جسمی و روانی مادران طی بارداری (خصوصاً مادرانی که برای اولین بار حاملگی را تجربه می‌کنند) از طریق: جلوگیری از بروز افزایش فشار خون مادر طی بارداری و مداخله صحیح و فوری در صورت مواجه با آن، تعیین روش صحیح انجام زایمان ایمن و در صورت استفاده از فورسپس / واکيوم انجام آن توسط افراد مجرب، انجام مشاوره با مادران جهت آماده‌سازی آنان در قبول حاملگی و طی مراحل آن، شناسایی مادران تحت استرس و بحران و ارائه اطلاعات لازم به منظور افزایش تواناییهای مقابله‌ای و تخفیف اثرات استرس در آنها، همچنین توجه به سلامت جسمی و روانی کودکان از طریق: افزایش آگاهی مادران در زمینه عوارض

منابع:

- ۱- سازمان بهداشت جهانی. بهداشت روان و رشد روانی - اجتماعی کودک، ترجمه محمودیان توران: انتشارات روزبهان، تهران، ۹۳، ۱۳۶۸.
- ۲- کایننگهام. بارداری و زایمان ویلیامز، ترجمه اقصی ملک منصور: انتشارات اشارت، تهران، جلد ۲، ۹۱۵، ۱۳۷۲.
- ۳- مهریار امیر هوشنگ. تشخیص و درمان بیماریهای روانی در کودکان: انتشارات رشد، تهران، ۷، ۱۳۶۵، ۱۳۶۸، ۹۳.
- ۴- میرفناحی محمدباقر. بهداشت کودکان: انتشارات وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۳، ۱۳۶۴.
- ۵- ویلسون رابرت. بیماریهای زنان و زایمان، ترجمه نوری علی: انتشارات شهراب، تهران، ۴۰۷، ۱۳۷۱.

- 6- Fride S.; Wienstock M. Prenatal stress increases anxiety related behavior and alters cerebral lateralization of dopamine activity. Life Sci, 42: 1063, 1988.
- 7- Hanna JI. Tic disorder. In: Kaplan H.; Sadock B. Comprehensive textbook of psychiatry: From Williams & Wilkins Company. Baltimore: USA, vol 2. 3rd ed. 2325-7, 1995.
- 8- Hill PD. Adjustment disorder. In: Rutter M.; Taylor E. Child and adolescent psychiatry: From Black Well Science Ltd. London: UK, 1st ed, 455, 1994.
- 9- Hyde T.; Aronsom B. Relationship of birth weight to the phenotypic expression of Tourette syndrom. Neurology, 42: 653, 1992.
- 10- Jensen P.; Bloedau L. Children at risk. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 29: 52, 1990.
- 11- Kaplan H.; Sadock B. Synopsis of psychiatry: From Williams & Wilkins Company. Philadelphia: USA, 6th ed. 1082, 49, 1994.
- 12- Leckman J.; Dolnansky E.; Prinatal factors in the expression of Tourette syndrom. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 29: 222-4, 1990.
- 13- King RA.; Leckman JF.; Cohen DJ. Tic disorder. In: Weiner J. Textbook of child and adolescent psychiatry: From American Psychiatric Press Association. Washington: USA, 1st ed. 394-9, 1991.
- 14- Lindsay F. Stressful life events and psychiatric disturbance in junior school children. J Public Health Med, 16: 471, 1994.
- 15- Santangelo S.; Pauls D. Tourette syndrome. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 33: 795-9, 1994.
- 16- Swaiman K. Pediatric neurology: From Mosby Company. New York: USA, 1st ed. 257, 1080, 1997.
- 17- Syed-Arshad H.; Cantwell D. Fundamentals of child and adolescent psychopathology: From American Psychiatric Press: USA, 155, 1997